

especialmente para a determinação do tipo de gemelaridade imperfeita, da extensão da fusão e do compartilhamento dos órgãos.

Anormalidades congênitas não relacionadas ao sítio de fusão são verificadas em 10% a 20% dos casos de gêmeos fusionados. A hérnia diafragmática, tal como observada em nosso caso, é um dos achados descritos⁽⁷⁾. O coloboma palpebral, também identificado em nosso paciente, é considerado uma anormalidade rara⁽⁸⁾.

Assim, a correta determinação do tipo de gemelaridade imperfeita e da extensão da fusão pode auxiliar na avaliação do planejamento cirúrgico pós-natal e da gravidade do caso. Esta última possui implicações bastante importantes, uma vez que a interrupção da gestação é possível dentro da legislação brasileira para casos com características que impossibilitam a vida extrauterina⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. McHugh K, Kiely EM, Spitz L. Imaging of conjoined twins. *Pediatr Radiol*. 2006;36:899–910.
2. Denardin D, Telles JA, Betat RS, et al. Imperfect twinning: a clinical and ethical dilemma. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31:384–91.
3. Nomura RM, Brizot ML, Liao AW, et al. Conjoined twins and legal authorization for abortion. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57:205–10.

4. Spencer R. Theoretical and analytical embryology of conjoined twins: part I: embryogenesis. *Clin Anat*. 2000;13:36–53.
5. Martínez-Frías ML, Bermejo E, Mendioroz J, et al. Epidemiological and clinical analysis of a consecutive series of conjoined twins in Spain. *J Pediatr Surg*. 2009;44:811–20.
6. Hibbeln JF, Shors SM, Byrd SE. MRI: is there a role in obstetrics? *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55:352–66.
7. Mackenzie TC, Crombleholme TM, Johnson MP, et al. The natural history of prenatally diagnosed conjoined twins. *J Pediatr Surg*. 2002;37:303–9.
8. Mansour AM, Mansour N, Rosenberg HS. Ocular findings in conjoined (Siamese) twins. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1991;28:261–4.

Rafael Fabiano Machado Rosa¹, Luciano Vieira Targa²,
Stephan Philip Leonhardt Altmayer¹, Karen Lizeth Puma Lliguin¹, Daniela Denardin², André Campos da Cunha²

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil. 2. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Rafael Fabiano Machado Rosa. Rua Sarmento Leite, 245/403, Centro. Porto Alegre, RS, Brasil, 90050-170. E-mail: rfmr@terra.com.br.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.0021>

Hemangioma cavernoso do espaço epidural da coluna vertebral: aspectos de imagem na ressonância magnética

Epidural cavernous hemangioma of the spine: magnetic resonance imaging findings

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 52 anos, previamente hígido, com queixa de paraparesia progressiva dos membros inferiores com quatro meses de evolução e início recente de incontinência urinária, sem história de trauma local. Na admissão o paciente estava afebril e ao exame físico apresentava paraparesia espástica com nível sensitivo em D8. Os exames laboratoriais (hemograma e bioquímica) não mostraram alterações significativas.

A ressonância magnética (RM) exibiu lesão alongada, de contorno regular, com sinal intermediário em T1, marcado hi-

persinal em T2, com realce intenso e homogêneo pelo meio de contraste, localizada no espaço epidural, estendendo-se de D5 a D7. A lesão determinava importante redução da amplitude do canal raquiano e compressão medular nos segmentos correspondentes, com consequente hipersinal medular em T2 e em STIR, por mielopatia compressiva (Figura 1).

O paciente foi submetido a um procedimento cirúrgico, em que foi observada lesão vinhosa epidural que determinava compressão sobre o saco dural. Houve ressecção completa da lesão, sem complicações significativas. Ao exame anatomopatológico foi demonstrada proliferação de vasos de médio porte preenchidos por sangue, sem atípias, compatível com hemangioma cavernoso.

Os hemangiomas são lesões vasculares proliferativas benignas. Segundo o tipo predominante de canal vascular, os hemangiomas são classificados como: venoso, arteriovenoso, capilar e



Figura 1. Imagens de RM adquiridas no plano sagital ponderadas em T1 (A), T2 (B), STIR (C) e T1 com saturação de gordura após administração intravenosa do meio de contraste (D) demonstram lesão expansiva alongada, de contorno regular e limites precisos, localizada no espaço epidural da região posterior da coluna dorsal, estendendo-se de D5 a D7. A lesão apresenta sinal intermediário em T1, marcado hipersinal em T2 e em STIR, com realce intenso e homogêneo pelo meio de contraste, sugerindo hemangioma. Este tumor reduz acentuadamente a amplitude do canal raquiano, determinando sinal elevado na medula espinhal em correspondência (mais bem visualizado em STIR), por mielopatia compressiva.

cavernoso⁽¹⁾. O hemangioma puramente epidural é uma lesão rara, representando apenas 4% das lesões epidurais, sendo o subtipo cavernoso o mais comum nesta região⁽¹⁾. A lesão localiza-se na região posterior da coluna em até 93% dos casos e a coluna dorsal é acometida em 80% dos casos⁽²⁾. O hemangioma cavernoso epidural é mais comum em homens, com relação de 2:1, em pacientes com idade superior a 40 anos⁽²⁾. O acometimento vertebral intraósseo é frequente, com prevalência de 11%⁽³⁾.

O quadro clínico é de dor dorsal ou lombar, com sinais de radiculopatia e mielopatia, sendo o paciente referido para exame de imagem por suspeita de hérnia discal. A apresentação clínica é comumente insidiosa, mas pode haver deterioração clínica aguda por aumento repentino do volume da lesão, decorrente de hemorragia ou oclusão venosa⁽⁴⁾. Como a lesão é altamente vascularizada, a suspeição deste diagnóstico é importante para programação operatória, reduzindo as chances de sangramento durante o procedimento. Sua ressecção incompleta, decorrente de sangramento, pode levar à manutenção dos sintomas clínicos, sendo a reabordagem cirúrgica de difícil execução em razão das aderências locais^(1,4).

Os hemangiomas epidurais são descritos como lesões alongadas e lobuladas, podendo exibir características de imagem distintas dependendo do subtipo. Os hemangiomas venosos e os arteriovenosos apresentam-se como massas císticas, geralmente com hipossinal ou sinal intermediário em T1 e marcado hipersinal em T2, com realce periférico pelo meio de contraste. Os hemangiomas capilares e cavernosos aparecem como massas sólidas, com hipossinal ou sinal intermediário em T1, marcado hipersinal em T2 e intenso realce pelo meio de contraste^(1,4-6). Os principais diagnósticos diferenciais dos hemangiomas epidurais incluem tumores da bainha nervosa, meningioma, linfoma, abscesso e hematoma extradural^(1,6-8).

Em conclusão, o hemangioma cavernoso deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesão epidural com hipersinal em T2 e realce proeminente pelo meio de contraste, principalmente quando acomete a região posterior da coluna dorsal.

REFERÊNCIAS

1. Lee JW, Cho EY, Hong SH, et al. Spinal epidural hemangiomas: various types of MR imaging features with histopathologic correlation. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28:1242–8.
2. Aoyagi N, Kojima K, Kasai H. Review of spinal epidural cavernous hemangioma. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2003;43:471–5.
3. Castro DG, Lima, RP, Maia MAC, et al. Hemangioma vertebral sintomático tratado exclusivamente com radioterapia exclusiva: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras.* 2002;35:179–81.
4. Sanghvi D, Munshi M, Kulkarni B, et al. Dorsal spinal epidural cavernous hemangioma. *J Craniovertebr Junction Spine.* 2010;1:122–5.
5. Rovira A, Rovira A, Capellades J, et al. Lumbar extradural hemangiomas: report of three cases. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20:27–31.
6. Shin JH, Lee HK, Rhim SC, et al. Spinal epidural cavernous hemangioma: MR findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2001;25:257–61.
7. Atlas SW. *Magnetic resonance imaging of the brain and spine.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. El Khamary SM, Alorainy IA. Case 100: spinal epidural meningioma. *Radiology.* 2006;241:614–7.

Marcelo Mantiole Martins¹, Flavia Angelica Ferreira Francisco², Rafael Alfenas de Paula¹, Daniella Braz Parente²

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Mantiole Martins. Rua Francisco Otaviano, 23/802, Copacabana. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22080-040. E-mail: marcelomantiole@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.0018>

Pilomatricoma gigante: achados nas sequências convencionais de ressonância magnética e na difusão

Giant pilomatricoma: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings

Sr. Editor,

Homem, 32 anos, apresentava crescimento nos últimos dois anos de lesão pouco dolorosa, firme, localizada na região parietal alta. Em razão da deformidade cosmética, procurou atendimento médico, realizando exames laboratoriais sem alterações e ressonância magnética (RM) (Figura 1) que demonstrou lesão hete-

rogênea, com predomínio de iso/hipossinal em T1, baixo sinal em T2, focos de queda de sinal nas sequências para suscetibilidade magnética e ausência de restrição à difusão. Após administração de gadolínio, observou-se realce exuberante. Estudo histopatológico revelou células basaloides associadas a células fantasmas, com áreas de reação granulomatosa tipo corpo estranho, compatível com pilomatricoma. Realizou excisão cirúrgica, sem recorrência até o momento.

Processos tumorais no crânio, na maior parte das vezes, estão associados a lesões ósseas ou do sistema nervoso central, como pode ser visto em recentes publicações de autores nacionais⁽¹⁻⁷⁾.

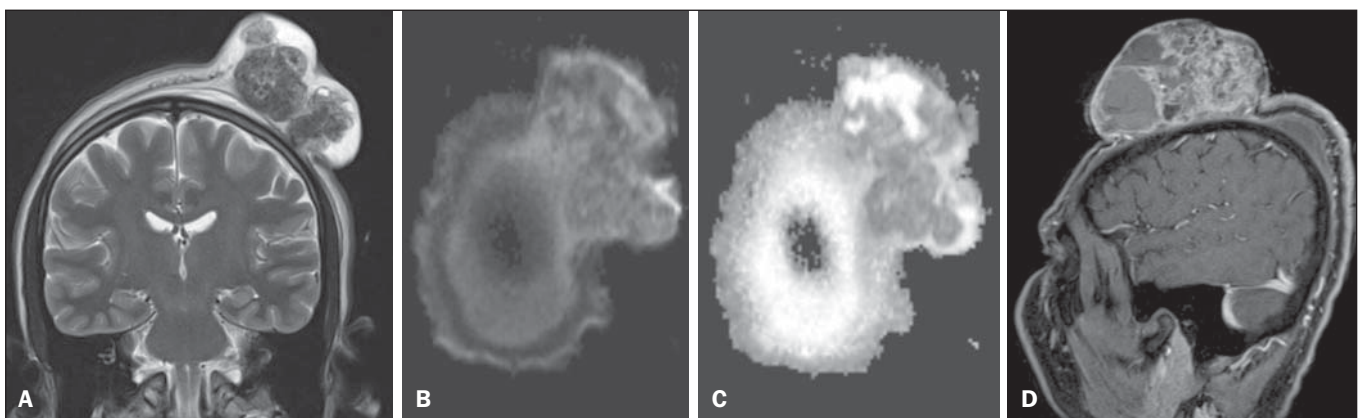


Figura 1. A: Imagem coronal, sequência T2 mostrando tumor na região parietal esquerda com predomínio de hipossinal, com áreas de degeneração cística/necrose de permeio. **B:** Imagem axial, sequência funcional em difusão não demonstrando áreas de hipersinal. **C:** Imagem axial, mapa de coeficiente de difusão aparente corroborando a ausência de áreas de restrição à difusão. **D:** Imagem sagital, sequência T1 pós-contraste mostrando realce exuberante e heterogêneo.